

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N° 349

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**Yvonne ZELCER, née PAVÉ**

Née le 20 Octobre 1906, à Paris.

LA BIOPSIE D'ENDOMÈTRE  
DANS LE DIAGNOSTIC  
DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, rue Deparcieux, 29  
1941



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**Yvonne ZELCER, née PAVÉ**

Née le 20 Octobre 1906, à Paris.

LA BIOPSIE D'ENDOMÈTRE  
DANS LE DIAGNOSTIC  
DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, rue Deparcieux, 29  
1941



# LE DOYEN... BAUDOUIN

## I. — PROFESSEURS

|                                                                        |                            |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIERE.                  |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.                |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.                    |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI                 |
| Bactériologie .....                                                    | Robert DEBRE.              |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                     | BRUMPT.                    |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                            | BAUDOUIN                   |
| Pathologie médicale .....                                              | PASTEUR-VALLERY-<br>RADOT. |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | MONDOR.                    |
| Anatomie pathologique .....                                            | LEROUX.                    |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.                    |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.                 |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.                  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.                     |
| Médecine légale .....                                                  | BALTHAZARD.                |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                       | LEVY-VALENSI.              |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                             | Henri BENARD.              |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                         | CHIRAY.                    |
| Clinique médicale .....                                                | ABRAMI.                    |
|                                                                        | FIESSINGER.                |
|                                                                        | LOEPER.                    |
|                                                                        | RATHERY.                   |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                       | LEREBoullet.               |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | NOBECOURT.                 |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVASTINE          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                       | GOUGEROT.                  |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                         | GUILLAIN.                  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                               | LEMIERRE.                  |
|                                                                        | CUNEO.                     |
| Clinique chirurgicale .....                                            | GOSSET.                    |
|                                                                        | GREGOIRE.                  |
|                                                                        | LENORMANT.                 |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.                    |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.                  |
|                                                                        | COUVELAIRE.                |
| Clinique d'accouchements .....                                         | JEANNIN.                   |
|                                                                        | LEVY-SOLAL.                |
|                                                                        | MOCQUOT.                   |
| Clinique gynécologique .....                                           | OMBREDANNE.                |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                    | HARVIER.                   |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | LEMAITRE.                  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | Pierre Duval.              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | M. VILLARET.               |
| Clinique propédeutique .....                                           | TROISIER.                  |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | MATHIEU.                   |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..                      | Clovis VINCENT.            |
| Clinique de cardiologie .....                                          | N...                       |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | HAZARD.                    |
| Assistance Médico-sociale .....                                        | MULON.                     |
| Professeurs sans chaire .....                                          | OLIVIER.                   |
|                                                                        | SANNIE.                    |
|                                                                        | VERNE.                     |
|                                                                        | LAUBRY.                    |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.                    |                          | MM.                |                             |
|------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------------|
| AMELINE .....          | Pathologie chirurgicale. | GIROUD .....       | Histologie.                 |
| BARIETY .....          | Pathologie médicale.     | HAGUENAU ....      | Pathologie médicale.        |
| BERNARD (Etienne).     | Pathologie médicale.     | HALPHEN .....      | Oto - rhino - laryngologie. |
| BESANÇON (Justin).     | Hydrologie.              | JOANNON .....      | Hygiène.                    |
| BONNET .....           | Bactériologie.           | LACOMME .....      | Obstétrique.                |
| BOULANGER ....         | Chimie.                  | LANTUEJOL ..       | Obstétrique.                |
| BOULIN .....           | Pathologie médicale.     | LAVIER .....       | Parasitologie.              |
| BROUET .....           | Pathologie médicale.     | LELONG .....       | Pathologie médicale.        |
| BULLIARD .....         | Histologie.              | LEMAIRE .....      | Pathologie expérimentale.   |
| CACHERA .....          | Pathologie médicale.     | LENEGRE .....      | Pathologie médicale.        |
| CORDIER .....          | Anatomie.                | Mlle J. LEVY ....  | Pharmacologie.              |
| COSTE .....            | Pathologie médicale.     | MARCHAL .....      | Pathologie médicale.        |
| COUVELAIRE (Roger).    | Urologie.                | MENEGAUX ....      | Pathologie chirurgicale.    |
| DELARUE .....          | Anatomie pathologique.   | MOLLARET ....      | Pathologie médicale.        |
| DELAY .....            | Pathologie médicale.     | MOUQUIN .....      | Pathologie médicale.        |
| DEGREZ (H.) ....       | Physique.                | PATEL .....        | Pathologie chirurgicale.    |
| DESOILLE .....         | Médecine légale.         | PETIT - DUTAILLIS. | Pathologie chirurgicale.    |
| DIGONNET .....         | Obstétrique.             | RENARD .....       | chirurgicale.               |
| DOGNON .....           | Physique.                | RICHET .....       | Ophthalmologie.             |
| FEVRE .....            | Pathologie chirurgicale. | SENEQUE .....      | Physiologie                 |
| FUNCK - BRENTANO.      | Pathologie chirurgicale. |                    | Pathologie chirurgicale.    |
| GALLIARD .....         | Parasitologie.           | SICARD .....       | Pathologie chirurgicale.    |
| GARCIN .....           | Pathologie médicale.     | SOULIE .....       | Pathologie médicale.        |
| Mlle GAUTHIER-VILLARS. | Anatomie pathologique.   | SUREAU .....       | dicale.                     |
| DE GENNES ....         | Pathologie médicale.     | TURPIN .....       | Obstétrique.                |
|                        |                          |                    | Pathologie médicale.        |
|                        |                          | WILMOTH .....      | Pathologie chirurgicale.    |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.            |                          | MM.             |                        |
|----------------|--------------------------|-----------------|------------------------|
| ALGLAVE .....  | Pathologie chirurgicale. | HUGUENIN .....  | Anatomie pathologique. |
| BUSQUET .....  | Pharmacologie.           | LE LORIER ..... | Obstétrique.           |
| CHAILLEY-BERT. | Physiologie.             | NEVEU-LEMAIRE.  | Parasitologie.         |
| GUENIOT .....  | Obstétrique.             | PIEDELIEVRE ..  | Médecine légale.       |
| HEITZ-BOYER .. | Pathologie chirurgicale. | VAUDESCAL ....  | Obstétrique.           |

# IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

| MM.             |                      | MM.                       |                          |
|-----------------|----------------------|---------------------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE ..  | Clinique<br>médicale | BASSET .....              | Clinique<br>chirurgicale |
| BRULE .....     |                      | BROCQ .....               |                          |
| CATHALA .....   |                      | CADENAT .....             |                          |
| CHABROL .....   |                      | FEY .....                 |                          |
| CHEVALLIER ..   |                      | GATELLIER .....           |                          |
| DONZELOT .....  |                      | de GAUDART ..             |                          |
| DUVOIR .....    |                      | d'ALLAINES ..             |                          |
| GASTINEL .....  |                      | LEVEUF .....              |                          |
| LAROCHE (G.) .. |                      | MOULONGUET ..             |                          |
| LIAN .....      |                      | MOURE .....               |                          |
| MOREAU .....    |                      | QUENU .....               |                          |
| SEZARY .....    |                      |                           |                          |
|                 |                      |                           |                          |
|                 | MM.                  |                           |                          |
|                 | EGALLE .....         | Clinique<br>obstétricale. |                          |
|                 | METZGER .....        |                           |                          |
|                 | PORTES .....         |                           |                          |
|                 | VIGNES .....         |                           |                          |

# V. — CHARGES DE COURS

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT ,agrégé .... | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLE .....           | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



**AUX MIENS**

**ET**

**A MES AMIS**

**A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE**  
**MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOCQUOT**

Professeur de Clinique Gynécologique  
Chirurgien de l'Hôpital Broca  
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En remerciement pour le  
grand honneur qu'il nous a fait  
en acceptant la présidence de  
cette thèse et, en reconnaissance  
pour le haut Enseignement reçu  
dans son service.*

## A MONSIEUR LE DOCTEUR PALMER

Chef des travaux de Gynécologie à la Faculté

*Qui nous a inspiré le sujet  
de cette thèse.*

*Avec l'expression de notre  
gratitude pour son aide bienveil-  
lante et précieuse.*

## A MONSIEUR LE DOCTEUR MORICARD

Docteur ès-Sciences

Directeur-adjoint à l'Ecole des Hautes-Etudes

Chef de Laboratoire à la Faculté

*Avec nos sincères remercie-  
ments.*

## A MONSIEUR LE DOCTEUR Y.-J. LONGUET

Chirurgien des Hôpitaux

*En remerciement pour ses en-  
couragements au cours de nos  
études.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



# **LA BIOPSIE D'ENDOMÈTRE** **dans le diagnostic de la tuberculose génitale**

---

## **INTRODUCTION**

---

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades venues consulter pour stérilité et pour aménorrhée, nous avons noté la difficulté parfois très grande à poser un diagnostic étiologique précis. Pour certains cas, ce n'est qu'après des mois ou même des années de tâtonnements, d'épreuves thérapeutiques diverses et sans résultat, de différents essais d'investigation, que l'on est arrivé, au moyen de la biopsie de l'Endomètre, à reconnaître l'origine de la symptomatologie. Il nous a paru intéressant de rassembler sept cas probants où, par ce moyen simple, rapide, et s'appuyant sur des bases scientifiques, on a pu établir le diagnostic de tuberculose génitale, alors que parfois les signes cliniques n'avaient pu que le faire soupçonner dans certains de ces cas.

Nous remercions particulièrement Monsieur le Professeur MOCQUOT qui nous a accueillie avec bienveil-

lance dans son service; M. le Docteur R. PALMER, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse; enfin, nos remerciements s'adressent à M. le Docteur MORICARD, qui a examiné toutes nos biopsies d'endomètre et nous en a obligeamment communiqué les comptes rendus.

---

## DIFFICULTÉ DIAGNOSTIQUE DE LA TUBERCULOSE GÉNITALE

---

Elle réside dans le fait qu'il n'y a pas de signes cliniques qui puissent permettre de poser un diagnostic d'emblée. Il faut toujours faire le diagnostic différentiel avec les annexites banales d'origine gonococcique ou puerpérale, le plus souvent.

On peut cependant signaler un certain nombre de symptômes qui mettent sur la voie, mais, davantage par leur groupement ou leur association à des antécédents suspects de bacillose que par leur spécificité.

### A. — *ELEMENTS* *DU DIAGNOSTIC CLINIQUE*

#### SIGNES FONCTIONNELS.

##### I. — La douleur

Est en général peu marquée souvent inconstante et n'a rien de caractéristique. Les femmes se plaignent généralement de douleurs vagues et sourdes à type de

tiraillement, de pesanteur, siégeant le plus souvent dans le bas-ventre et la région lombaire. Irradiant à la fosse iliaque droite, on a souvent posé le diagnostic d'appendicite chronique. Certains auteurs — SCHOCKAERT — ont été frappé par la fréquence de ce diagnostic chez la jeune fille et la femme jeune.

La douleur est calmée par le repos, augmentée par la fatigue, les voyages. Parfois, on note une irradiation douloureuse à la face interne des cuisses et aux articulations du bassin. Les femmes se plaignent quelquefois que les rapports sexuels soient douloureux, et c'est parfois dans les semaines suivant le mariage que l'on est amené à découvrir d'importantes lésions pelviennes, latentes jusque là.

## 2. — Troubles des règles.

a) Assez souvent la menstruation a conservé ses caractères normaux et, dans ces cas, les biopsies d'endomètre, même quand elles montrent des follicules tuberculeux indiscutables, présentent dans les zones respectées les modifications cycliques habituelles (SCHOCKAERT et dans deux de nos cas Mme Del... et Mme Bia...).

b) D'autres fois, les malades signalent une diminution progressive de l'abondance et de la durée des règles.

c) Cette *hypoménorrhée* précède le plus souvent l'*aménorrhée par tuberculose génitale*.

Cette dernière a été longtemps considérée comme étant presque toujours d'origine ovarienne. Toutefois, comme semble le démontrer une étude endocrinienne plus poussée de nos malades, ainsi que la constatation répétée d'absence de tout endomètre normal aux biopsies, peut être est-ce l'absence de cet endomètre qui explique l'aménorrhée.

### 3. — Dysménorrhée.

Qui peut être primitive, en rapport avec une malformation utérine ou une hypoplasie, a pu être attribuée à une atteinte tuberculeuse pelvienne de l'adolescence. Elle peut aussi être secondaire. Le rôle des adhérences paraît être très important dans le cas de tuberculose génitale et les rétractions scléreuses ligamentaires, les déviations qu'elles entraînent au niveau du corps de l'utérus, expliquent, par leur fréquence, les cas de dysménorrhée que l'on rencontre.

### 4. — La leucorrhée.

Est, dans le cas de tuberculose, d'abondance variable, exagérée au moment des règles, elles oblige parfois la malade à porter une garniture — parfois elle est nulle. — On la décrit souvent d'aspect laiteux par opposition aux pertes blanches des métrites relevant d'au-

tres origines qui sont plus ou moins épaisses purulentes et jaunes, ou verdâtres en cas de gonococcie. Cependant, il faut reconnaître qu'elles ont souvent un aspect opaque, plus ou moins purulent, blanc jaunâtre. mais fluide dans le cas de lésions corporéales, plus visqueuses et gluantes venant du col.

5. — Petites métrorragies.

Qui paraissent être un des meilleurs signes et devant attirer l'attention. Elles surviennent souvent à la fatigue ou peuvent être provoquées parfois par un examen local. Dans le cas d'annexite banale on ne le rencontre pas. Leur fréquence est importante dans les cas de tuberculose et, associées aux pertes blanches, elles représentent bien les *glaires sanglantes* signalées par les malades.

6. — Troubles au niveau d'organes voisins.

Sont souvent dûs à la gêne provoquée par des masses annexielles volumineuses ou parfois par un début d'envahissement.

Vessie: pollakiurie — douleurs à la miction — ténesme.

Anus : ténesme — rectite.

Prurit vulvaire.

## SIGNES GÉNÉRAUX.

Ils sont absolument inconstants mais peuvent être parfois très importants.

— Un amaigrissement plus ou moins marqué, qui, associé à des signes de salpingite. d'une part, a de la fièvre d'autre part, doit faire suspecter une infection bacillaire. En réalité beaucoup de ces femmes présentent souvent un aspect florissant. On a noté dans un certain nombre de cas, un engraissement, principalement chez les aménorrhéiques, signe qui égarait le diagnostic vers un dysfonctionnement ovarien.

— La fièvre, souvent nocturne, généralement peu marquée, 38°-38°5. Certains auteurs ont noté chez les femmes tuberculeuses une élévation thermique pré-menstruelle et menstruelle. On sait que la courbe thermique normale au cours du cycle ovarien présente une période post-menstruelle folliculinique hypothermique et une phase pré-menstruelle lutéinique hyperthermique (travaux de M. PALMER et Mlle DEVILLERS).

Chez toutes nos malades, aménorrhéiques ou non, nous avons constaté la persistance de l'alternance de périodes d'hypo et hyperthermie relatives, comme chez la femme normale.

Toutefois, assez souvent la température vespérale a été nettement supérieure à celle de la femme normale,

notamment en phase pré-menstruelle et menstruelle, avec parfois de petits clochers imprévus. Chez une de nos aménorrhéiques (Mme Bou...) les plateaux d'hyperthermie sont de même un peu excessifs et un peu prolongés.

— Les troubles digestifs. { dyspepsies  
gastralgies

— Les troubles nerveux.

Névralgies vagues — palpitations nerveuses —  
toux nerveuses d'origine utérine dont certaines malades se plaignent souvent principalement au moment des règles.

— Des troubles psychiques ont même été signalés.

#### SIGNES PHYSIQUES.

On a rarement observé de lésions au niveau de la vulve ou du vagin.

Le pH. vaginal est conservé normal — 4.5 — 5 — dans la plupart de nos observations.

Au niveau du col utérin, la fréquence des lésions est discutée, mais elle semble assez rare même dans les cas où on a pu spécifier que l'infection s'était faite par voie ascendante (cas indiscutable de contamination par le sperme du conjoint reconnu porteur de tuberculose testiculaire).

En cas de lésions, le col est hypertrophié, rouge vif, violacé et peut présenter des lésions :

1. — Du type ulcéreux — une ou plusieurs ulcérations à bords rouges et décollés, parfois festonnés, à fond pâle. Ces ulcérations peuvent être séparées par des bandes de tissu sain.

Au toucher on a souvent la sensation de petites nodosités à différencier des œufs de Naboth (que l'on trouve d'ailleurs assez souvent associés) et de petits kystes glandulaires enflammés.

Cet aspect et la *tendance à saigner* qui pourraient faire penser au cancer s'en distingue essentiellement par l'absence d'induration souvent très nette en cas de néoplasie.

2. — Du type végétant : caractérisé par un aspect polypeux exubérant, valonné, mais lisse, élastique, souple, de limites et contours nets au palper et à la vue.

Au niveau du corps de l'utérus, l'atteinte est beaucoup plus fréquente, soit isolée, soit associée (de beaucoup le plus souvent) à des lésions annexielles et caractérisée par l'augmentation de volume avec des signes de métrite parenchymateuse hypertrophique. La consistance est augmentée — la surface lisse, au toucher vaginal combiné au palper.

On note souvent des flexions, rétro ou latéro (l'utérus étant entraîné par l'annexite). La mobilisation est douloureuse.

Mais très fréquemment on trouve un utérus absolument normal de situation, volume et consistance, ce qu'explique la discrétion ordinaire des lésions. C'est souvent cette intégrité qui, jointe à des signes d'annexite nets, feront soupçonner l'étiologie tuberculeuse, car dans les salpingites relevant d'autres origines, il y a généralement métrite associée, le plus souvent cervicale.

c) La lésion fondamentale est habituellement la lésion des trompes de Fallope, c'est en général à ce niveau que débute la lésion tuberculeuse et là qu'elle présente son maximum. La forme de tuberculose la plus fréquemment observée est ulcéro-caséeuse.

Au palper et toucher vaginal combinés, on sent les annexes.

La trompe distendue donne souvent la sensation de bosselures ou bien elle présente l'aspect typique en *chapelet*. Parfois la masse n'a pas de limites précises et englobe l'ovaire. Celui-ci est cependant en général indemne de toute atteinte. En cas de pyo-salpinx, il y a de nombreuses adhérences entre les trompes, les ovaires, les parois pelviennes, des anses intestinales, l'épiploon. Ces lésions étendues donnent au toucher l'impression de masses dures, fixées, bloquant de façon plus ou moins complète la cavité pelvienne et dont l'import-

tance et l'indolence presque absolue, doivent faire suspecter fortement la tuberculose.

Naturellement cette probabilité devient une quasi certitude quand se sont produites des fistules, qui peuvent s'aboucher à la peau, s'ouvrir dans les viscères voisins : vessie, intestins. Très rarement on en observe qui se vident dans le vagin.

### EVOLUTION.

La tuberculose génitale présente une symptomatologie capricieuse, son évolution l'est également.

Rarement on assiste à la guérison spontanée : c'est le cas de la forme ascitique des jeunes filles. Le plus généralement, les lésions ne fondent pas, mais au contraire s'aggravent. L'évolution est chronique lente et progressive ou peut se faire par poussées fébriles, crises de pelvi-péritonite avec fièvre élevée, douleurs vives, en imposant souvent pour une infection microbienne aiguë, gonococcique surtout. La thérapeutique mise alors en œuvre peut être ou inutile — elle n'amende pas les signes — ou même néfaste : vaccinothérapie, qui a provoqué dans certains cas, des poussées évolutives aiguës locales et à distance : pulmonaires par exemple, ou même une généralisation tuberculeuse.

## COMPLICATIONS.

### I. — Complications aiguës .

Poussées évolutives aiguës, pelvi-péritonite, abcédation, suppurations, généralisation.

### 2. — Complications liées à une évolution chronique.

a) L'hypoplasie utérine qui entraîne parfois l'antéflexion du corps de l'utérus ce qui peut être une cause de dysménorrhée.

b) L'atrésie du canal cervical et de la cavité avec pour complication grave la rétention possible des suppurations, du caséum tuberculeux.

c) *La stérilité*. Elle est très fréquente et amène souvent les femmes à consulter. Elle peut être :

1. — D'origine ovarienne, cas rare puisque l'ovaire est généralement indemne et que des tests histologique et thermique ont montré dans de nombreux cas que son fonctionnement cyclique n'était pas altéré.

2. — D'origine utérine, plus fréquemment.

3. — D'origine salpingienne, ce qui est le cas habituel dans la tuberculose génitale. Le processus inflammatoire provoque lentement une sténose de la trompe, principalement au niveau de l'isthme, de la

corne utérine. L'orifice externe de la trompe ne permet plus la migration de l'ovule fécondé vers la cavité utérine.

Les insufflations utéro-tubaires révèlent facilement par des courbes répétées : un passage normal, ou une sténose plus ou moins serrée, ou une obturation. Suivant les résultats obtenus on conclura à un état pathologique de la trompe. Il faut cependant noter que « la perméabilité tubaire n'est pas une garantie de l'intégrité du segment supérieur des voies génitales au point de vue tuberculeux » — SCHOCKAERT et FERIN — et, c'est particulièrement dans ces cas, que la biopsie est le plus indispensable. Sur sept des observations que nous avons réunies, une seule femme a présenté une grossesse longtemps avant la biopsie révélatrice. On relève, suivant les auteurs, des statistiques de 60 % à 80 % de cas de stérilité chez les femmes atteintes de tuberculose génitale. Cependant on peut citer un certain nombre de grossesses attestant de l'atteinte unilatérale des trompes. Dans ces cas, le pronostic maternel est sombre, on peut craindre soit une poussée évolutive, soit même une généralisation aiguë de l'infection. En cas de lésion assez importante de l'utérus, une rupture utérine peut se produire. On a relevé également une certaine proportion de grossesses ectopiques. On a noté la fréquence d'avortements spontanés et il serait intéressant de rechercher la part de la tubercu-

lose dans les cas classés comme relevant de la syphilis. La biopsie d'endomètre apportera peut être des précisions sur ce point. Il faut mentionner que les enfants, nés de mères atteintes de tuberculose génitale, présentent à la naissance une apparence de bonne santé, mais qu'ils meurent fréquemment de méningite tuberculeuse.

#### — LÉSIONS ASSOCIÉES.

1. — La tuberculose génitale peut coexister avec d'autres localisations du B. K. : pleuro-péritonite tuberculeuse en particulier, mais on remarque qu'elle est rarement associée à une bacillose pulmonaire évolutive. Dans les observations que nous rapportons, on retrouve le cas de Madame K... qui présentait une arthrite tuberculeuse du coude au moment où la biopsie d'endomètre s'est révélée positive, et chez qui, on relève dans les antécédents, deux biopsies hépatiques qui ont montré la présence de follicules tuberculeux.

2. — La tuberculose génitale peut coexister également avec des lésions du petit bassin non tuberculeuses: cancer, assez rarement, fibrome, etc... ce qui augmente encore la difficulté diagnostique par l'apport des signes cliniques propres à ces affections.

## ANTÉCÉDENTS.

### I. — Antécédents bacillaires.

L'existence d'antécédents bacillaires personnels, principalement péritonite tuberculeuse, pleurésie avec ascite, tuberculose rénale ou pulmonaire; ou d'antécédents familiaux, présente une grande importance surtout en cas de diagnostic difficile et permet souvent de soupçonner une tuberculose pelvienne.

L'absence de ces antécédents n'a pas de valeur absolue car la localisation génitale de la tuberculose peut être le premier signe de l'infection.

2. — L'absence d'antécédents pathologiques génitaux non tuberculeux : crises aiguës (gonococcie — puerpéralité) prend une très grande valeur surtout dans les cas où les signes cliniques sont frustes.

## VALEUR DE CERTAINS SIGNES NÉGATIFS.

En cas de pertes blanches, on pratiquera un examen bactériologique pour la recherche :

1. — Du trichomonas, cause fréquente de vaginite (examen direct).

2. — Du gonocoque.

On fera deux frottis l'un coloré au bleu de méthy-

lène, l'autre par la méthode de Gram, qui donnent des résultats positifs dans les cas d'infection récente, mais rarement dans les cas anciens. En raison de ces échecs on préférera avoir recours immédiatement à la gonoréaction qui, si elle est positive chez la femme qui n'a pas reçu de vaccin anti-gonococcique, n'exclue pas la possibilité d'une tuberculose associée, mais qui si elle est négative devra faire soupçonner fortement une bacillose.

En conclusion, par les seuls faits cliniques on ne peut que poser un diagnostic de probabilité, il faudra par des recherches de laboratoire le compléter, le confirmer.

## B. — *MOYENS DE DIAGNOSTIC PAR LE LABORATOIRE*

### I. — EXAMEN DES SECRÉTIONS VAGINALES ET CERVICALES.

Recherches du B. K.

- a) Par l'examen direct;
- b) Par la méthode de Ziehl.

Critique : dans la métrite tuberculeuse, quoiqu'ils soient rares on peut trouver des bacilles de Koch mais

dans l'annexite leur présence est exceptionnelle et même nulle dans les formes caséuses.

D'autre part, le vagin est habité par une flore microbienne abondante qui gêne les recherches (bacilles vaginaux de DODERLEIN. Levures — (oïdium ablicans) — trichomonas — gonocoque).

Les résultats attendus sont rarement obtenus, cependant en prenant soin de recueillir les sécrétions cervicales par expression du col entre les deux lames d'un spéculum on peut éviter dans une certaine mesure qu'elles ne soient souillées par la flore vaginale.

## 2. — *L'inoçulation au cobaye.*

En cas de sécrétions annexielles, les mêmes critiques sont apportées et le plus souvent le cobaye meurt de septicémie ou de péritonite suppurée avant que la tuberculose n'ait le temps d'évoluer. Il faudra donc recueillir le pus par ponction aseptique du Douglas, ce qui, d'une part, limite ce moyen à certaines formes cliniques et, d'autre part, entraîne le risque de fistulation du trajet de ponction.

## 3. — *Tuberculino-réaction de Von Pirquet.*

Elle ne présente pas beaucoup d'intérêt puisque chez tout individu dont l'organisme possède encore des anticorps à la suite d'une atteinte antérieure elle est

positive (et on sait que nous sommes presque tous primo-infectés dans l'enfance) .

4. — *L'ophtalmo-réaction de Calmette.*

Est capable de déceler des lésions tuberculeuses en évolution mais la réaction produite au niveau de la conjonctive n'est pas sans danger pour celle-ci et en limite l'usage.

5. — *La réaction de fixation du complément à l'antigène de Besredka.* (Méthode de Bordet-Gengou) étudiée par DOUAY et Mlle IÉPURÉANU dans la tuberculose génitale.

*Technique.* On prélève un échantillon de sang conservé à la glacière 24 heures, puis disposé dans 10 tubes à hémolyse à raison de 0 cc. 1 par tube; les 3 premiers tubes servent à la réaction proprement dite, on y ajoute des doses croissantes d'antigène à l'œuf de Besredka. Le quatrième tube témoin sert à indiquer l'atténuation du pouvoir hémolytique du sérum après une heure d'étuve. Dans les six derniers tubes on verse des doses croissantes d'émulsion de globules rouges de mouton, ils renseigneront sur le pouvoir hémolytique du sérum considéré. On complète les tubes par du sérum physiologique jusqu'à un volume de 0,7, et on porte à l'étuve à 37° une heure.

*Résultats.* Sont plus ou moins positifs suivant qu'il

n'y a pas hémolysé dans les tubes 1 — 2 — 3, ou 1 — ou 1 et 2; ou que l'hémolyse s'est produite en 1 — 2 — 3.

DOUAY et Mlle IEPUREANU citent une statistique où la réaction a été positive dans 10 cas sur 14 après vérification histologique. Cette méthode intéressante se montre donc inférieure à l'examen histologique qui en forme le moyen de contrôle. D'autre part, il faut éliminer les causes d'erreur dûes à la syphilis et faire un B. W. systématique.

Toutes ces réactions présentent l'intérêt de donner des renseignements qui permettent de soupçonner une évolution tuberculeuse dans l'organisme mais elles n'ont rien de significatif au point de vue génital.

Nous retiendrons davantage la méthode appréciant :

#### 6. — *La vitesse de sédimentation globulaire.*

Elle a été étudiée par RENWA à la clinique gynécologique de Broca sous la haute direction du Professeur MOCQUOT.

On distingue deux méthodes :

a) Celle de LINZENMEYER qui ne fait qu'une seule lecture.

b) Le procédé de Westergren que RENWA décrit dans une étude parue dans le Bulletin de la Société de

Gynécologie et Obstétrique de Paris en Juin 1938 et qui présente l'avantage de plusieurs lectures, après un quart d'heure, 1 heure, 2 heures, 6 heures, 24 heures permettant d'établir des courbes de comparaison.

L'auteur a traduit la vitesse de sédimentation globulaire en indice de sédimentation.

$$IS = \frac{SI + \frac{S2}{2}}{2}$$

SI représente le chiffre de  
sédimentation de la 1<sup>re</sup> heure

S2 représente le chiffre de  
sédimentation de la 2<sup>e</sup> heure.

La formule donne un indice normal entre 2 et 5 et pathologique au-dessus de 10.

La méthode utilisée dans le diagnostic de toutes les affections du petit bassin donne des résultats très intéressants et, en particulier, dans le cas d'annexite tuberculeuse (2 cas) les auteurs ont trouvé une VSG beaucoup plus rapide que celle relevée pour les annexites gonococciques confirmant ainsi les résultats trouvés en 1923 par GUEISSAC. Les IS trouvés sont 38, 75; 38, 42. La VSG d'autre part semble donner des indications intéressantes en suivant régulièrement l'évolution de la maladie.

Cependant l'auteur souligne qu'il complète toujours ses recherches par un curettage biopsique systématique. On voit donc, ici encore que quoique précieuse par les indications qu'elle donne, cette méthode

est inférieure à la biopsie qui permet la recherche histologique des follicules tuberculeux typiques.

### C. — *DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE* *PAR LA BIOPSIE D'ENDOMETRE*

Jusqu'à ces dernières années on avait recours :

1) Aux examens macroscopiques et microscopiques des pièces opératoires.

2) A l'examen de débris de muqueuse recueillis par un curettage utérin, or on sait les dangers que présente cette dernière manœuvre en cas de tuberculose.

A propos de l'étude de la physiologie ovaro-utérine on a été amené à pratiquer systématiquement le curettage biopsique en vue de recueillir des fragments de contrôle de l'action hormonale sur la muqueuse utérine (exploration cyto-hormonale de MORICARD). A la faveur de ces examens, pratiqués dans un but différent, mais entrepris sur des données cliniques correspondant aux signes que l'on trouve également dans la tuberculose génitale : stérilité — aménorrhée — hypoménorrhée — dysménorrhée; on a obtenu précisément des images typiques de tuberculose que, bien souvent, on ne soupçonnait même pas. Il est venu tout naturel-

lement à l'esprit que l'examen de la muqueuse utérine pouvait fournir des indications diagnostiques en ce qui concerne l'infection tuberculeuse de l'arbre génital.

#### TECHNIQUE DE LA BIOPSIE DE L'ENDOMETRE (VARANGOT)

1) Pour donner aux renseignements toute leur valeur il faudra que la biopsie porte sur le fond ou au niveau des cornes utérines, l'étude macroscopique ayant révélé que les lésions siégeaient plus particulièrement dans ces zones, surtout dans le cas le plus fréquent où l'infection s'est propagée par voie descendante, venant des trompes.

2) Les fragments prélevés doivent avoir un certain volume pour que l'on puisse apprécier sur la coupe des zones modifiées par le processus infectieux et d'autres saines, où le fonctionnement normal pourra être évident.

3) Le prélèvement doit être facile à exécuter techniquement et ne présenter aucun danger.

4) Il ne doit pas être douloureux car l'on peut être amené à le renouveler en cas de doute ou pour confirmer, ou pour rechercher dans une zone particulière qu'un examen hystérogaphique a pu révéler comme atteinte.

## INSTRUMENTS.

*La curette.* — On a utilisé le plus anciennement la curette mais celle-ci ne peut franchir le col qu'après une dilatation préalable, ce qui complique beaucoup l'examen — ou à moins d'être de très petite dimension, ce qui enlève les chances de recueillir un fragment suffisant et la rend plus dangereuse. D'autre part, si on pour enlever facilement un débris de muqueuse on aura beaucoup plus de difficulté à le ramener à la lumière et il peut aussi être mêlé à des caillots dont on le séparera parfois difficilement.

*Instrumentation du Professeur COTTE.* — Permet de ramener des fragments de muqueuse très importants. Est constituée par des tubes calibrés d'un centimètre de long environ et répondant aux bougies de Hégar n° 6, 7, 8. On les monte sur une tige permettant de les pousser dans la cavité utérine. L'extrémité distale du tube est conique lui permettant de franchir facilement l'isthme. L'autre extrémité est très tranchante, en râclant la paroi elle permet de prélever un fragment qui reste inclus à l'intérieur du tube et qu'il sera facile de recueillir sans qu'il ait subi de dommages. Pour éviter que l'instrument n'accroche l'isthme au passage on introduira 2 bougies de Hégar de calibre supérieur avant d'opérer.

Les résultats obtenus par cette pratique sont excellents; on lui reprochera seulement qu'il soit nécessaire de faire une dilatation préalable du col qui, dans certains cas, peut nécessiter une anesthésie paramétrale, ce qui complique le procédé.

*Biopsie par aspiration au moyen de la curette de Novak.* — C'est cette dernière méthode qui retiendra tout particulièrement notre attention.

Très utilisée aux Etats-Unis, elle a été adoptée à la clinique Gynécologique du Professeur MOCQUOT, à Broca. L'instrument est constitué par une canule de 4 mm. de diamètre dont la courbure à l'extrémité distale permet de suivre l'antéversion normale de l'utérus. La partie terminale de l'instrument est fermée et arrondie. Sur la face concave et utérine de la canule se trouve une petite ouverture ovale dont les bords sont taillés en dents de scie. L'extrémité de la canule qui reste hors de la cavité utérine et du vagin est reliée à un dispositif d'aspiration constitué, soit par un aspirateur électrique, soit par une seringue, ce qui rend l'instrument portable et facilement utilisable au lit de la malade si nécessaire.

Le faible calibre de l'instrument — 4 mm. — permet, dans la plus grande majorité des cas son introduction directe dans la cavité utérine sans avoir recours à une dilatation auparavant. Lorsque la canule a pé-

nétre dans la cavité, le tonus utérin plaque la muqueuse contre elle. Par un mouvement de recul du piston de la seringue on aspire la muqueuse qui sera sectionnée au niveau de la fenêtre à dents de scie et le fragment restera inclus dans la canule.

On retire l'appareil et on expulse le fragment d'endomètre, soit directement, soit en injectant de l'eau dont on remplira alors le corps de la seringue qui a servi à l'aspiration.

a) Les avantages de cette méthode sont très grands :

1) Pas de dilatation préalable du col;

2) Passage facile même chez des femmes stériles à col petit et conique;

3) Le prélèvement est indolore et les femmes n'appréhendent pas d'être soumises à cette épreuve à plusieurs reprises si nécessaire. La seule manœuvre douloureuse est la pose d'une pince à col, que la patiente accepte d'ailleurs facilement.

b) Echechs. — On doit signaler la seule éventualité où la technique peut enregistrer des échecs. C'est dans le cas d'endomètre atrophique chez des femmes ménopausiques ou castrées, ou dans des utérus hypoplasiques, infantiles.

— Ces 2 derniers cas se rencontrant assez souvent dans la tuberculose génitale.

Dans ces cas l'aspiration peut se révéler impuissante à détacher un fragment d'une muqueuse dont le chorion est très dense. Cet inconvénient prouve d'ailleurs, en même temps, que la pratique est très douce et ne risque en aucun cas de provoquer une plaie de l'endomètre redoutée chez la femme atteinte de tuberculose génitale quand on utilise une curette.

Dans le cas d'échec de la canule de Novak on utilise à Broca une :

*Petite curette à bords parallèles de 4 mm. de diamètre également dont l'emploi est cependant un peu plus douloureux.*

Les fragments recueillis seront déposés dans un tube contenant du liquide de Bouin-Dubosq fraîchement préparé.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION N° 1

Mme Del... âgée de 33 ans consulte dans le service le 20 novembre 1936 pour *stérilité primaire*.

Se plaint depuis 2-3 ans de douleurs dans la fosse iliaque gauche, douleurs sourdes surtout à la fatigue et pertes rosées intermittentes.

Puberté à 12 ans.

Réglée régulièrement tous les 26-27 jours, durée 3-4 jours.

Dysménorrhée le deuxième jour.

#### *Antécédents :*

A 12 ans, petite lésion pulmonaire au sommet gauche.

A 18 ans, parathyphoïde A. Cicatrices de lésions pulmonaires reconnues à la Radio. Pas de recherche de B. K. dans les crachats. En février 1936 examen radiologique des poumons. Compte rendu: les sommets s'éclairent bien à la toux le droit plus faiblement que le gauche cependant le diaphragme est normalement mobile, les sinus costo-diaphragmatiques se décollent bien. Les hiles sont

très accusés, il existe quelques petites calcifications parahilaires. La trame pulmonaire est accentuée surtout au niveau du sommet droit mais les constatations faites d'après la téléradiographie permettent de conclure qu'il s'agit de sclérose et non de lésions actuellement évolutives.

Cœur : battements exagérés d'amplitude au niveau du ventricule gauche. Tachycardie. Aorte opaque et élargie.

De 20 à 22 ans, adénite tuberculeuse traitée par des fortifiants.

*Le 20 novembre 1936 :*

Examen : D. R. — 8 au 12 novembre.

Col utérin en bon état.

Corps plutôt gros.

Annexe gauche un peu sensible.

*Insufflation utéro-tubaire*, appareil de Riazzi montre une courbe de sténose très serrée.

On institue un traitement par la diathermie.

*Le 18 décembre 1936 :*

D.R.: 4-9 décembre. A eu 8 séances de diathermie.

*Le 8 janvier 1937 :*

D. R. — 29 décembre — 4 janvier a eu 10 séances de diathermie.

Présente des pertes muqueuse claires, très abondantes, non infectées.

Test de Schiller normal.

*Insufflation utéro-tubaire*. Courbe d'obturation. Trai-

tement prescrit : 10 séances d'ondes courtes. Benzogynestryl 5 milligrammes  $\times$  4.

*Le 26 février 1937 :*

D. R. : 16 au 21 février. A terminé le traitement par les ondes courtes et Benzogynestryl.

*Insufflation utéro-tubaire.* D'abord obturation, puis désobturation partielle, ensuite courbe de sténose serrée.

*Le 5 mars 1937 :*

Polype à l'orifice cervical.

*Insufflation utéro-tubaire* courbe de sténose serrée.

Douleurs bilatérales plus accentuées du côté gauche.

Passage très net à droite.

*Le 12 mars 1937 :*

*Insufflation utéro-tubaire.* Courbe de sténose moyenne infléchie à 17 cm. de Hg.

*Le 7 mai 1937.*

D. R. : 22-27 avril.

*Le 14 février 1941.*

Examen: Prélèvement de sécrétion vaginale: cellules vaginales à noyaux normaux. Bacilles du vagin.

Prélèvement exo-cervical: débris cellulaires; débris de poly, bacilles du vagin.

Prélèvement endo-cervical: pas d'éléments figurés. Mucus rares bâtonnets.

*Le 18 février 1941.*

D. R. : 1-3 février.

Depuis le traitement par les ondes courtes les pertes de sang intermittentes ont cessé; les règles ne sont plus douloureuses, les seins ne sont plus douloureux avant les règles, la malade se sent moins nerveuse.

Examen: Vulve — petites lèvres très développées, luisantes, charnues. Sécrétion vaginale d'aspect normal pH = 4,4. Lane fixée (blanc). Cellule vaginale à noyaux normaux. Coccis en nappe.

Col utérin: aspect normal, légèrement entr'ouvert. Glaire cervicale très abondante, filante pH = 7. Lane fixée. Cellules vaginales. Rares poly. Cocci.

Examen direct: pas de spermatozoïdes.

Prélèvement endo-cervical. Moyen mono. Cocci.

Corps utérin: volume, situation, consistance normales.

Annexe gauche: on sent une petite rétraction.

*Insufflation U.T.* Courbe d'obturation à 22 cm. de Hg.

*Le 25 février 1941.*

D. R. du 1-4 février.

Examen: vulve normale.

Sécrétion vaginale un peu ambrée.

Col utérin: sec, un peu congestionné.

Corps utérin: grand et ferme.

*Hystérotonométrie:* tonus 3 1/4; contraction: 0.

Après injection de 2 unités de Rétropituine. Intramusculaire à la huitième minute pas de réponse.

*Biopsie d'endomètre à la curette de Novar du 25 février 1941.*

Muqueuse en état folliculino-lutéinique, chorion œdé-

muqueux avec infiltration nodulaire. Présence de cellules géantes. Tuberculose utérine ?

*Courbe thermique* prise régulièrement en février et mars à une allure absolument normale.

*Le 25 mai 1941.*

*Radiographie*: compte rendu : feston de l'hémi-diaphragme droit. Pas de signes d'infiltration du parenchyme pulmonaire on note seulement un peu d'accentuation de l'ombre hilare droite et de très nombreuses arborisations périhilaires qui semblent ici plutôt d'origine vasculaire.

*Le 10 juin 1941.*

Examen: état général satisfaisant. A grossi d'un kilo.

Règles régulières.

D. R. : 19-23 mai, abondance normale. Durée quatre jours.

Pas de pertes blanches.

*Test thermique du fonctionnement ovarien* absolument normal.

*Biopsie d'endomètre* du 10 juin 1941.

Muqueuse en état folliculinique. Pas de glycogène. — Réaction inflammatoire nodulaire avec cellules géantes.

Chez cette malade des antécédents bacillaires probables, d'une part, un signe clinique intéressant: les pertes rosées intermittentes, dont on n'a pas tenu compte pendant longtemps, d'autre part, auraient pu orienter le diagnostic vers une tuberculose génitale que la biopsie d'endomètre a confirmée.

## OBSERVATION N° 2

Mme VA..., âgée de 25 ans, consulte dans le service le 26 mai 1939 pour *stérilité primaire*. Mariée depuis sept ans, a toujours eu le désir de maternité. Puberté à 15 ans, règles régulières tous les vingt-cinq jours, durée 4-5 jours, pas de dysménorrhée.

### *Antécédents.*

#### 1°) *Antécédents génitaux.*

Pelvi-péritonite trois ans auparavant caractérisée par des douleurs intenses dans le bas-ventre, principalement du côté droit; température à 38°, 39°. A été traitée par le repos au lit huit jours avec glace sur le ventre. Depuis cet épisode ne se plaint ni de douleurs abdominales, ni de pertes blanches.

#### 2°) *Antécédents généraux.*

Pleurésie sèche du côté gauche trois mois après la pelvi-péritonite.

### *Examen du 26 mai 1939.*

#### 1°) *Appareil génital.*

D. R. du 11 mai.

pH V = 4,5 — Col conique, glaire un peu filante à l'orifice. pH glaire = 7.

#### 2°) *Etat général.*

Ne tousse pas. Pas d'amaigrissement. Se sent souvent fiévreuse.

*Biopsie d'endomètre à la curette par aspiration de Novak* le 30 mai. Compte rendu:

Muqueuse hyperplasique. Inflammation cellulaire à cellules géantes, couronne lymphoïde. Tuberculose ?

*Radiographie pulmonaire* faite le 16 juin 1939. Compte rendu:

Exagération bilatérale des ombres hilaires avec nodules calcifiés à contours nets, particulièrement dans la région paramédiastinale sus-hilaire gauche; un nodule dans la région sus-claviculaire gauche. Les sommets s'éclairent à la toux.

L'excursion diaphragmatique est satisfaisante. L'espace rétro-cardiaque est clair.

11 juillet 1939.

D. R. : 26 juin-2 juillet.

pH V : 4,5.

T. V.: utérus très à droite.

Cul de sac gauche: masse du volume d'un œuf environ,  
\* peu douloureux.

*Insufflation utéro-tubaire*, appareil de Riazzi montre une courbe d'obturation à 20 mm. de Hg.

Chez cette malade qui présente des antécédents suspects de bacillose mais pas de lésion évolutive actuelle cliniquement décelable, où les signes pelviens sont extrêmement réduits, la biopsie d'endomètre a permis de rattacher la stérilité à une tuberculose génitale.

### OBSERVATION N° 3

Mme Bia..., âgée de 27 ans, consulte dans le service le 28 février 1941 pour *stérilité primaire*. Mariée une première fois pendant six ans, une deuxième fois depuis quatre ans, a toujours eu le désir de maternité. Puberté à 12 ans. Règles régulières tous les 33-35 jours, durée deux jours. Abondance normale. Dysménorrhée les premier et deuxième jours. Leucorrhée les cinq jours précédant les règles depuis son premier mariage.

#### *Antécédents.*

Aucun antécédent pathologique personnel.

Aucun antécédent bacillaire familial.

A deux sœurs bien portantes ayant chacune deux enfants. Son mari, âgé de 30 ans, plâtrier, a eu deux enfants d'un précédent mariage.

#### *Examen du 28 février 1941.*

Etat général: perte de poids de 6 kilos en un an, mais se sent bien et est assez grasse d'aspect.

*Appareil urinaire:* mictions abondantes avec parfois urines décolorées et dépôt. Miction vers 3 heures du matin les jours précédant et suivant les règles. Douleur sous-costale postérieure gauche surtout à la fatigue.

#### *Examen gynécologique.*

Vulve normale.

Sécrétions vaginales.

|            |   |                    |
|------------|---|--------------------|
| Lame fixée | { | cocci.             |
|            |   | cellules vaginales |

Vagin très large pH V: 6.

Col plutôt petit, dévié à gauche, avec deux œufs de Naboth. Glaires exocervicales assez abondantes, blanches, non filantes. pH glaire: 6,2.

|                   |   |                         |
|-------------------|---|-------------------------|
| Lame fixée (bleu) | { | cocci                   |
|                   |   | quelques polynucléaires |
|                   |   | cellules vaginales      |

Sécrétions endo-cervicales pH: 7, mucus rose. Test de Schiller normal. Annexes droites et gauches grosses et indolores.

*Insufflation utéro-tubaire.* Appareil de Riazzi. Sténose de l'orifice cervical externe, difficilement franchie par la sonde. On obtient une courbe d'obturation à 20 mm. de Hg avec douleur médiane modérée.

*Hystérotonométrie* : Lipiodol 1/2. Tonus utérin : 5; Contractions: 0.

Après injections de deux unités de rétro-pituine on obtient une minute après: Tonus utérin: 7. Contractions: 7 à 8 (donc très fréquentes — de 5 à 6 minutes indiquent un pouls utérin très marqué).

*Biopsie d'endomètre à la curette de Novak* le 28 février 1941. Compte rendu:

Tuberculose utérine. Etat folliculinique de la muqueuse.

*Radioscopie pulmonaire* le 15 mars 1941. Compte rendu: rien à signaler ni du point de vue pleural, ni du point de vue parenchymateux.

5 mai 1941.

Règles: 8-9 février; 19-20 mars; 19-20 avril.

A eu des élancements dans les seins depuis deux mois.

*Examen:*

pH.V. : 5,8.

Col dévié à gauche, glaire cervicale filante, transparente, utérus dévié à droite.

Annexe gauche perçue grosse et indolore.

12 mai 1941.

A toujours des élancements dans les seins. Etat général assez bon.

20 mai 1941.

Glaire cervicale ambrée, un peu filante. Utérus dévié à droite et fixé.

Annexe gauche: est du volume d'une noix, un peu mobile par rapport à l'utérus et à la paroi pelvienne.

Annexe droite du volume d'un œuf et fixée à la paroi pelvienne et à l'utérus.

*Biopsie d'endomètre à la curette de Novak* du 20 mai.

Compte rendu: état folliculino-lutéinique de la muqueuse mais glycogène totalement excrété. Transformation déciduiforme partielle.

30 mai 1941.

pH. V.: 5.

Col d'apparence normale, glaires cervicales petites et un peu filantes.

Utérus dévié et fixé à droite.

Annexe gauche, mobile, constituée par un ovaire arrondi et un tuyau dur cylindrique. Annexe droite: trompe en chapelet au bord antérieur de l'ovaire.

*Biopsie d'endomètre à la curette de Novak:*

A la curette le fragment de muqueuse présente un petit piqueté rouge.

Compte rendu: muqueuse, état folliculinique. Nodules de réaction lymphocytaire dans un point très limité. Quelques amas de cellules épithéliales, mais sans cellules géantes. Pas de glycogènes.

10 juin 1941.

Bon état général.

Signale que ses urines présentent un léger dépôt mais sont claires à l'émission.

Le 17 juin 1941.

*Biopsie d'endomètre:*

Muqueuse état folliculino-lutéinique atypique, réaction papillaire en certains points. Tuberculose utérine. Présence d'épines conjonctives. Le glycogène n'existe pas ou est déjà excrété.

Depuis qu'elle est suivie dans le service la malade a régulièrement pris sa température rectale matin et soir et les courbes présentent un tracé d'allure normale. Température généralement inférieure à 37° ou la dépassant de peu pendant la période folliculinique du cycle, décalage net le douzième jour avant les règles avec montée thermique à 37°8. Chute pendant les règles à 37°-37°2. On notera chez cette malade que la température vespérale est élevée: 37°8 pendant la période prémenstruelle, signe que certains auteurs ont décrit chez les femmes atteintes de tuberculose génitale.

La première biopsie faite pendant la période folliculinaire du cycle est concordante.

La deuxième pratiquée au moment présumé des règles, montre un état folliculino-lutéinique et transformation déцидуiforme de la muqueuse en accord avec le test thermique.

#### OBSERVATION N° 4

Madame, Lok..., âgée de 31 ans, Polonaise, consulte dans le service en octobre 1933 pour *stérilité primaire et hypoménorrhée*.

Puberté à 16 ans (au même âge que ses sœurs, Pologne).

Règles normales jusqu'à 21 ans.

Aménorrhée de 21 à 24 ans. Les règles réapparaissent après. A été traitée par Diathermie et douze piqûres. Mariée à 25 ans, stérilité et règles irrégulières, très peu abondantes.

Traitée en 1933 par une électrocoagulation après laquelle les règles viennent normalement un mois.

Une deuxième électrocoagulation est faite le 9 août 1934 suivie des règles régulières mais d'une durée de un jour environ.

*Antécédents.*

*Antécédents personnels:* la malade dit avoir eu de l'eau dans le ventre à l'âge de 4-5 ans.

Fièvre typhoïde. Rougeole. Grippe.

Pneumonie en 1931.

Son mari, 36 ans, est bien portant.

*Antécédents héréditaires:* mère ayant poumon malade est morte à 49 ans d'un cancer du sein.

*Revue en 1935.*

*Le 3 janvier.*

Aucun changement dans son état.

Traitement prescrit: cachets de sincrine.

*Le 15 mars.*

*Hystérosalpingographie.*

Compte rendu: utérus petit. En poussant l'injection on a l'impression d'un passage veineux confirmé par le cliché.

*Le 12 avril.*

*Insufflation utéro-tubaire.*

A pris les cachets de sincrine pendant deux mois, les règles paraissent plus abondantes.

Examen: utérus normal. Antéfléchi. Les culs-de-sac souples.

Traitement prescrit: Benzo-Gynestryl 5 milligr.  $\times$  3.

*Le 10 mai.*

*Insufflation UT négative.*

*Le 6 juin.*

D. R. : 1-4 juin peu abondantes.

Traitement prescrit: Benzo-Gynestryl 5 mmg.  $\times$  3 et 10 séances de Diathermie.

*Le 4 juillet.*

D. R. : 1-3 juillet.

Traitement prescrit: Benzoate de Di-hydro Folliculine  
3 mg  $\times$  3 par mois aussitôt après les règles, pendant  
trois mois.

*Le 5 septembre.*

A la suite du traitement les règles ont été plus abondantes.

A maigri de 3 kilos en deux mois.

*Le 13 septembre.*

Hystérométrie: 5 cm. 1/2.

*Insufflation UT*, perméabilité très facilement obtenue  
à 15 et 20 cm. de Hg. Douleur à l'épaule droite.

*Le 16 septembre.*

On fait Benzoate de Folliculine 2 mg  $\times$  2.

*Le 3 octobre.*

D. R.: 28-29-30 septembre.

*Insufflation UT* perméabilité obtenue très facilement  
à 15 et à 20.

On fait Benzoate de Folliculine 2 mg.  $\times$  2.

*Le 14 novembre.*

D. R.: 3-4 novembre.

Règles un peu moins abondantes et un peu douloureuses avant et pendant.

Après les injections de Benzoate de Folliculine présente quelques pertes blanches.

Traitement prescrit: Benzoate de Folliculine 2 mg  $\times$  2  
et 6 Antélobine.

Présente quelques douleurs dans le bas-ventre deux jours après les injections d'Antélobine.

Douleurs dans les seins au moment des règles.

Pas de bouffées de chaleur.

*Le 30 janvier 1936.*

D. R.: 27 janvier, réduites à une simple tache de sang.

Douleurs dans l'épaule. Palpitations. Pas de bouffées de chaleur.

*Le 12 novembre 1936.*

D. R.: 2-5 novembre. Très peu abondantes.

Annexe droite: douloureuse.

Annexe gauche: masse douloureuse du volume d'une mandarine.

*Le 13 novembre 1936.*

*Insufflation U.T.* négative (Docteur BONNET avec l'appareil de Rubin).

*Le 20 novembre 1936.*

*Insufflation U. T.* négative à 12 mm. de Hg.

Traitement prescrit: ondes courtes vingt séances.

*Le 27 novembre 1936.*

*Insufflation U.T.* positive. Obturation à 17 mm. de Hg. puis désobturation, puis courbes de sténose de plus en plus lâche.

*Le 4 décembre 1936.*

D. R.: 30 novembre-2 décembre.

*Insufflation U.T.* positive avec passage vasculaire (petite parésie de la main gauche pendant une heure).

*Le 18 décembre 1936.*

*Insufflation U.T.* passage facile à pression basse (6 mm. Hg).

Auscultation positive à gauche.

*Le 8 janvier 1937.*

D. R. 28-31 décembre. A eu 12 séances d'ondes courtes.

*Insufflation U.T.* passage: courbes de sténose lâche, infléchie à 10 puis à 8 mm. de Hg.

Traitement prescrit: continuer les ondes courtes et faire Benzoate de Folliculine 5 mg.  $\times$  4.

*Le 6 février 1937.*

D. R.: 21-22 janvier.

*Insufflation U.T.* courbes successives de sténose de plus en plus lâche (18-15-10-8 mm. de Hg.), passage continu. Auscultation positive à gauche.

*Le 16 avril 1937.*

D. R.: 21-22 janvier.

*Le 28 mai 1937.*

D. R.: 18-21 mai.

*Insufflation U.T.* Obturation puis désobturation puis sténose serrée à 16 mm. de Hg. Passage net à gauche, douteux à droite.

*Le 25 juin 1937.*

D. R.: 14-15 juin.

*Insufflation U.T.* Douleur dans le flanc droit. Courbes de sténose infléchies de plus en plus bas (16, 10, 7 mm. de Hg).

*Le 29 juin 1937. Insufflation U. T.*

*Le 6 juillet 1937. Insufflation U. T*

obturation à  
200. Désobturation, puis courbe  
oscillante d'allure  
presque normale  
autour de  
10 mm. de Hg.

*Le 1<sup>er</sup> octobre 1937.*

D. R.: 6 juillet.

*Insufflation U.T.* Pas de passage jusqu'à 200, ensuite courbe de sténose à 150.

Aménorrhée depuis juillet 1937.

*Biopsie d'endomètre* du 1<sup>er</sup> octobre.

Compte rendu: fragments de glandes cervicales en activité sécrétoire. Réaction adénomateuse, présence de cellules géantes avec couronnes lymphoïdes et lymphocytes. Bacillose vraisemblable .

*Le 22 octobre 1937.*

*Insufflation U.T.* Courbe de sténose très serrée.

Passage continu. Bruit de sténose.

*Biopsie d'endomètre* du 22 octobre.

Réaction adénomateuse des glandes cervicales.

On fait 3 × 5 mg. de Benzo-Gynestryl.

*Le 23 novembre 1937.*

Pas de règles depuis juillet. De temps en temps une petite tache de sang.

Douleur continue dans le bas-ventre avec parfois des paroxysmes s'accompagnant de pertes jaunâtres inodores qui empèsent le linge.

Pas de bouffées de chaleur.

Examen: petites lèvres peu développées.

pH V.: 4,5.

Petite glaire cervicale non filante p H: 7,2.

Pertes vaginales jaunâtres de moyenne abondance.

Test de Schiller moyen.

T. V.: utérus petit, antéversé.

Col et corps utérin déviés à gauche.

Annexe droite un peu douloureuse.

*Le 24 novembre 1938.*

Tentative de biopsie d'endomètre: on ramène du pus d'abcès froid,

Traitement prescrit: Rayons U. V.

*Le 22 décembre 1938.*

A présenté le 9 décembre des malaises pseudo-menstruels. Douleurs abdominales, céphalées.

Col: petite glaire non filante, un peu trouble.

T. V.: utérus de volume normal, attiré du côté gauche.

Annexe gauche légèrement empâtée et sensible.

Continuer les rayons U. V.

*Le 13 janvier 1939.*

Le 6 janvier présente à nouveau des malaises pseudo-menstruels.

Col: à l'expression, glaires jaunâtres avec un peu de sang. pH: 6.

Test de Schiller brun foncé.

*Le 17 janvier 1939.*

Prend six comprimés de Rubrophène par jour depuis le 13 janvier.

Col: glaire un peu rouille très peu filante.

pH V.: 6,1.

Test de Schiller moyen.

Présente de temps en temps une tache jaune.

Utérus ferme, non distendu, antéfléchi.

Trompe droite postérieure avec deux nodules.

Les ovaires ne sont pas perçus.

*Le 31 janvier 1939.*

Prend dix comprimés de Rubrophène depuis le 28 janvier. Est fatiguée. Souffre de céphalées et de douleurs rachidiennes.

*Le 24 février 1939.*

Etat général amélioré mais présente de la diarrhée et de l'irritation dentaire.

Localement ne perd plus de pus.

Utérus petit et mobile sauf un peu à gauche.

Traitement prescrit six comprimés de Rubrophène par jour.

*Le 7 mars 1939.*

Prend le Rubrophène six fois par jour. Présente toujours de la diarrhée et des céphalées.

Examen: cul-de-sac droit on sent une masse molle, sensible.

cul-de-sac gauche un peu de rétraction du paramètre qui n'est pas douloureux.

*Biopsie d'endomètre à la curette de Novak.*

Caillot, mais sans fragment de muqueuse typique.

*Le 27 mars 1939.*

Etat inchangé.

Examen: petite glaire à l'orifice cervical pH: 6,5.

Pas de lésion annexielle perceptible.

*Le 24 avril 1939.*

L'aménorrhée persiste. A pris le Rubrophène. Souffre moins du bas-ventre.

Examen: glaire cervicale un peu louche, non filante, d'aspect un peu gélatineux pH: 7.

pH V.: 4,5.

Annexe gauche: légèrement indurée.

Annexe droite: non perçue.

*Le 22 mai 1939.*

Aménorrhée complète depuis juillet 1937.

Douleurs dans le bas-ventre.

Continue le traitement: 6 comprimés de Rubrophène.

Examen: sécrétion cervicale presque transparente.

*Le 19 juin 1939.*

La prise de la température rectale matin et soir montre depuis février, une alternance de phases de 15 à 20 jours à 36°6 et de périodes d'une dizaine de jours à 37°. La malade a remarqué que pendant ces dernières phases elle était plus fatiguée, présentait des douleurs scapulaires et dorsales, et dormait moins bien.

A augmenté de poids de 1 kilo.

*Examen:* col dans l'axe du vagin. Corps antéfléchi.

Annexes un peu indurées et fixées à l'utérus.

On n'a plus la sensation de chapelet perçu autrefois.

*Le 28 novembre 1940.*

En résumé, cette malade présente une aménorrhée dont l'origine tuberculeuse n'a été décelée que par la biopsie d'endomètre. Il est intéressant de noter le passage vasculaire au lipiodol et à une des insufflations tubaires, qui a été signalé par d'autres auteurs dans la tuberculose et qui aurait pu attirer l'attention.

A toujours tous les mois 4-6 jours de malaises avec douleurs lombaires et abdominales.

#### OBSERVATION N° 5

Mme Fu..., âgée de 26 ans, consulte dans le service le 20 décembre 1939 pour *aménorrhée et stérilité*.

Puberté à 13 ans. Règles très irrégulières avec avance ou retard.

Depuis 1936, présente des périodes aménorrhéiques de 2-3 mois. Règles, durée un jour et très peu abondantes.

Douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire surtout à la fatigue. Douleurs lors des rapports. Pertes blanc-jaunâtres assez abondantes, tachant le linge.

A un examen pratiqué en 1937 on a diagnostiqué une rétroversion.

#### *Antécédents.*

Antécédents personnels. Opérée d'une hernie en 1935.

Antécédents familiaux. Deux frères morts à l'âge de 3 et 6 ans.

*Examen du 20 décembre 1939.*

Examen général: la malade présente quelques déformations du rebord costal, de grosses épiphysés, des poignets épais.

*Examen gynécologique.*

Atrophie des petites lèvres.

Col entr'ouvert, avec rougeur et petite ulcération péri-orificielle.

Utérus en rétroversion, douloureux, fixé du côté gauche rétroversion irréductible. Pas de tumeur annexielle.

*Le 22 décembre 1939.*

Attouchement à NO<sup>3</sup>Ag de l'ulcération cervicale.

*Le 29 décembre 1939.*

Traitement hormonal gonadotrope institué: hormone gonadotrope. Distilbène.

*Le 9 janvier 1940.*

B. W. négatif, cependant traitement antisiphilitique.

*Le 5 mars 1940.*

On continue: Benzo-Gynestryl 5 milligrammes. Distilbène 5.

*Le 5 avril 1940.*

Devant l'aménorrhée persistante on soulève la possibilité d'une gestation.

*Le 12 février 1941.*

Pas de changement dans son état.

Col: petit, regardant en avant, présente une ulcération.

T. V.: utérus volumineux, rétroversé.

On prescrit: Benzo-Gynestryl 5 milligrammes  $\times$  3.

*Le 15 février 1941.*

*Hystérosalpingographie (5 clichés).*

Compte rendu: aspect très anormal. L'utérus paraît n'avoir qu'une corne, la gauche. La corne droite faisant défaut sur tous les clichés. La corne gauche se continue par une portion intersticielle de la trompe dilatée en entonnoir et une portion isthmique se terminant en petite massue au bord de 2 cm. D'autre part, la région cervicale est de contours irréguliers sur tous les clichés.

*Le 21 février 1941.*

Petites lèvres très courtes. Orifice vaginal un peu étroit. Vagin court. Sécrétions vaginales abondantes pH V.: 5. Utérus petit, rétroversé mais non rétrofléchi. La rétroversion est en partie réductible.

Annexes droites nettement perçues. Ovaire droit: sensibilité normale à la pression.

Annexes gauches non perçues. Rétraction du paramètre gauche, douleur à la tentative de mobilisation.

Le toucher provoque une légère hémorragie venant d'un bourgeon charnu de l'orifice cervical.

*Le 27 février 1941.*

*Biopsies pratiquées.*

1. Du col au niveau d'un bourgeon charnu.

Compte rendu: réaction adénomateuse cervicale.

2. Endomètre: réaction inflammatoire nodulaire avec

présence de cellules géantes. Tuberculose du col très probable.

*Gono-réaction négative* le 27 février.

*Le 7 mars 1941.*

Vagin court. Sécrétions un peu grisâtres.

Col: présente sur la lèvre postérieure une érosion (1 franc environ), un peu bourgeonnante.

Utérus, corps en rétroversion très peu corrigible.

Annexe droite mobile.

Annexe gauche le paramètre gauche rétracté empêche de palper l'annexe gauche.

*Le 7 avril 1941.*

— Sécrétion vaginale abondante. pH: 4,8.

Sécrétion cervicale pH: 6,5. Glaire exo-cervical. Lame fixée (bleu): cellules vaginales, rares poly, cocci.

Glaire endo-cervical pH: 7.

Compte rendu: quelques cellules vaginales, nombreux poly, cocci.

A l'examen légère hémorragie à la pression du col.

La malade dit avoir perdu une petite glaire striée de sang deux jours auparavant.

Est traitée par le Rubrophène: sept comprimés par jour depuis trois semaines.

*Le 9 mai 1941.*

A continué à prendre le Rubrophène.

Se plaint de bouffées de chaleur non typiques survenant après les repas et à la fatigue.

Les seins ne présentent aucun gonflement périodique.

A grossi de 2 kilos.

Localement:

Sécrétions vaginales d'apparence normale.

Col petit, conique, un peu dirigé en avant. La pose du spéculum provoque une petite hémorragie cervicale. Sécrétion cervicale un peu ambrée pH: 6.

Corps utérin dans l'axe du col, un peu fixé en arrière et surtout à gauche. Mobilisation moins douloureuse.

Les annexes ne sont pas perçues.

La malade a pris sa température en avril:

On note une phase de vingt jours avec des oscillations de 37°, 37°6 suivies d'un minimum de 36° 7, le lendemain un clocher à 38°4 suivi d'une période de onze jours à 37°2 le matin et 38° le soir. La température vespérale de cette période est donc plus élevée que normalement ce qui a été signalé dans la tuberculose génitale.

Chez cette malade qui présentait une aménorrhée et une tendance à grossir sans antécédents bacillaires on aurait pu rattacher ses troubles à une origine ovarienne, le test thermique de fonctionnement cyclique de l'ovaire d'une part, la biopsie, d'autre part, permettent de rapporter les signes cliniques à la lésion tuberculeuse révélée par l'examen histologique.

## OBSERVATION N° 6

Mme Bou..., âgée de 25 ans, consulte dans le service le 10 octobre 1938 pour *aménorrhée totale* datant de quatre ans et qui a été précédée par une période d'hypo-

ménorrhée progressive pendant un an. Au moment présumé des règles la malade présente des malaises, palpitations bouffées de chaleur, douleurs dans le bas-ventre à type de pesanteur, les seins sont légèrement sensibles à la pression. Elle se plaint de pertes blanc-jaunâtres abondantes et constantes, empesant le linge et de légères brûlures à la miction. Depuis quinze mois elle présente des phénomènes urticariens et une certaine frilosité.

A grossi de 8 kilos en un an.

Puberté à 13 ans et demi. Règles, durée huit jours.

Mariée depuis dix-huit mois, pas de frigidité.

*Antécédents.*

A 11 ans, péritonite ascitique opérée puis traitée à Hendaye et à Berck.

*Examen le 10 octobre 1938.*

Vulve un peu violacée, petites lèvres congestionnées.  
pH V.: 4,5. Col normal, orifice légèrement congestionné.

Test de Schiller normal. Utérus normal.

*Hystérosalpingographie le 12 octobre (4 clichés).*

Compte rendu: utérus de forme à peu près normale mais dont les contours présentent une série de petits flous non caractéristiques.

La trompe gauche est injectée sur le dernier cliché mais il ne semble pas y avoir de passage péritonéal.

*Le 14 octobre 1938.*

Examen: vulve normale.

pH V.: 4,5.

Col: présente une petite ulcération péri-orificielle.

pH Orifice: 7.

Test de Schiller normal sauf en pourtour de l'orifice cervical.

*Biopsie d'endomètre a là curette de Novak* du 14 octobre.

Compte rendu: infiltration nodulaire inflammatoire avec cellules géantes. Tuberculose.

*Le 8 novembre 1938.*

*Biopsie d'endomètre* du 8 novembre 1938.

Tuberculose typique sans tubes glandulaires.

*Le 14 novembre 1938.*

Examen: vulve normale pH V.: 4. Col violacé. Pertes blanc-jaunâtres très abondantes, empesant le linge.

*Biopsie d'endomètre* du 14 novembre.

Tuberculose typique.

*Le 22 novembre 1938.*

Examen: rien au palper.

Toucher combiné au palper: col normal.

Utérus dévié à droite, pas d'annexite.

Abondantes pertes blanches.

Un traitement par rayons U. V. est prescrit.

*Le 6 décembre 1938.*

Examen: pH V.: 4,5; pH Orificiel: 6. Glaire cervicale d'aspect grumeleux. Ovaire droit augmenté de volume.

*Le 20 décembre 1938.*

Examen: pH V.: 4,2. Glaire cervicale filante et transparente pH: 7.

Test de Schiller normal. Depuis le début du traitement

par les R. U. V. la malade présente des élancements dans le bas-ventre à droite et à gauche. T. V. Annexe droite allongée un peu empatée. Annexe gauche sensible.

*Le 3 janvier 1939.*

Examen: on constate la présence de papules érythémateuses légèrement prurigineuses et indurées sur la partie inférieure des faces postérieure et externe des jambes.

pH V.: 4,2.

Examen gynécologique.

Col: orifice légèrement érosif. Test de Schiller noir.

Frottis vaginal: cellules, rares polynucléaires, bâtonnets. Le traitement par rayons U. V. est arrêté. Le Rubrophène est prescrit.

*Le 10 janvier 1939.*

pH V.: 4,5.

Test de Schiller noir.

*Le 7 février 1939.*

La malade se plaint de prurit généralisé. Elle a pris huit comprimés par jour de Rubrophène pendant quinze jours. Se sent fatiguée. Présente un peu de diarrhée.

Examen: douleur médiane dans le bas-ventre.

Pertes blanches abondantes.

pH V.: 4,5; pH orificiel: 7.

*Le 7 mars 1939.*

Examen: pertes vaginales grisâtres dans le cul-de-sac postérieur.

*Biopsie d'endomètre* du 7 mars plus douloureuse que les trois précédentes.

Compte rendu: infiltration nodulaire à cellules géantes. Tuberculose probable.

La température rectale a été régulièrement prise par la malade matin et soir.

D'octobre à février on constate l'alternance de plateaux à  $37^{\circ}2$ - $37^{\circ}4$  pendant seize à vingt jours et de périodes à  $36^{\circ}8$  d'une douzaine de jours.

En mars et avril la température est moins oscillante et on note des plateaux à  $37^{\circ}6$  pendant dix jours environ coupés de périodes à  $37^{\circ}2$ - $37^{\circ}4$ .

Chez cette malade on relève l'aménorrhée et l'engraissement en faveur d'une atteinte ovarienne mais la courbe thermique montrant les variations correspondant aux périodes hypothermique folliculinique et hyperthermique lutéinique démontre un fonctionnement cyclique de l'ovaire.

D'autre part, les biopsies d'endomètre pratiquées à quatre reprises ont révélé des lésions tuberculeuses étendues puisque aucune d'elle ne montre un aspect d'endomètre normal. On est donc en présence d'un cas où les antécédents bacillaires mettent sur la voie d'un diagnostic de tuberculose génitale mais les signes cliniques feraient suspecter l'ovaire alors que la biopsie fait penser à l'origine utérine de l'aménorrhée.

## OBSERVATION N° 7

Mme K..., âgée de 31 ans, est hospitalisée dans le service le 6 avril 1935 pour *crise douloureuse dans l'hypochondre droit*.

Le début remonte à trois semaines. La douleur siège dans la région hépato-vésiculaire avec irradiations postérieures vers l'épaule droite et la région lombaire.

Cette crise accompagnée de vomissements abondants a duré huit jours environ avec des périodes de rémission et des paroxysmes. Hospitalisée à l'Hôtel-Dieu le neuvième jour, le dixième jour un ictère assez foncé apparaît qui a duré huit jours.

Les examens clinique et radiologique font poser le diagnostic de *Lithiase biliaire*.

Pendant cette période la malade a perdu 6 kilos, elle est asthénisée.

### *Antécédents.*

Puberté à 12 ans. Réglée régulièrement, pas de dysménorrhée.

1 fille de 14 ans. Pas de F. C.

Métrite hémorragique en 1927 (curettage à l'Hôpital de la Pitié).

Depuis 1931, la malade présentait des crises de même nature principalement au moment des règles.

### *Examens à son entrée.*

Formule sanguine:

G. R.: 4.100.000;

G. B.: 9.500.

Temps de saignement: 3 m. 1/2.

Temps de coagulation: 7 m.

T. A.: 10 1/2-6.

Température  $\left\{ \begin{array}{l} 36^{\circ}8 \text{ le matin.} \\ 37^{\circ}5-37^{\circ}6 \text{ le soir.} \end{array} \right.$

*Intervention le 17 avril 1935: Cholécystectomie.*

On trouve la vésicule biliaire et le canal cystique bourrés de calculs à facettes.

*Biopsie* hépatique pratiquée à l'intervention montre la présence de cellules géantes.

Les suites opératoires se passent sans incident. La malade quitte le service le 2 mai.

*Le 5 juin 1935* la malade revient consulter.

Examen: bon état général. Augmentation de poids de 4 kilos.

Très légère douleur, à l'inspiration forcée dans la région vésiculaire.

Hospitalisée dans le service du 7 au 15 juin pour une excision de la moitié supérieure chéloïdienne de la cicatrice.

Une *deuxième biopsie* du foie est faite et montre à nouveau des follicules tuberculeux typiques.

*Le 13 juin* application de trois tubes de radium pour vingt-quatre heures sur la cicatrice pour éviter la reproduction de la chéloïde.

*Le 5 juillet 1935* la malade revient consulter.

Examen pulmonaire négatif.

Est revue en janvier 1936. Va bien. Plus de nausées ni douleurs à l'épaule.

*Le 14 mars 1939* la malade est de nouveau hospitalisée à Broca pour *Ankylose du coude droit*.

A l'examen on constate: atrophie musculaire considérable, petits craquements à la mobilisation. Limitation des mouvements. La radiographie montre une destruction considérable des tissus. Un appareil plâtré est posé et la malade envoyée à Berck.

En présence des signes de tuberculose on pratique un examen gynécologique qui montre:

pH V.: 4,5.

Col: gros avec de nombreux œufs de Naboth autour de l'orifice. Le test de Schiller montre une zone pâle.

*Le 24 mars 1939.*

*Biopsie d'endomètre.*

Compte rendu: muqueuse utérine. Inflammation nodulaire à cellules géantes. Tuberculosé.

Pendant son séjour dans le service on a noté que le test thermique du fonctionnement ovarien était normal.

Chez cette malade où la tuberculose a été constatée par des biopsies hépatiques et qui fait une lésion osseuse évolutive, la biopsie de l'endomètre prouve l'existence de dissémination de tuberculose latente.

## CONCLUSIONS

---

I. — Le diagnostic de tuberculose génitale ne peut, le plus souvent, qu'être soupçonné par les signes cliniques, les antécédents, et les réactions humorales.

II. — Il peut, dans un certain nombre de cas être affirmé par la constatation de follicules tuberculeux dans la biopsie d'endomètre faite à la curette d'aspiration de Novak.

III. — Nous apportons sept observations typiques à cet égard, où la biopsie s'est montrée absolument inoffensive et déterminante pour le diagnostic dans six de ces cas.

Vu  
Le Doyen :  
BEAUDOUIN

Vu  
Le Président de la Thèse :  
MOCQUOT

Vu et permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté des Sciences  
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris  
CH. MAURAIN

## BIBLIOGRAPHIE

---

BROCQ, MOULONGUET, GIBERT-ROCHET. — La tuberculose utéro-annexielle chez la femme (*P. M.*, oct. 1933).

COTTE. — *Gyn. et Obst.*, 1937.

DOUAY et Mlle IEPUREANU. — Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. Réaction de Besredka. (*Bull. de Gyn. et Obst.*, Mai 1930).

DANIEL (C.). — La tuberculose génitale de la femme. (*Prat. Méd.*, ill, 1932).

FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gyn.*, 1929.

FORGNE. — *Précis de Patho. Ex.*

GOROVITZ (Mlle). — Tub. génitale.

KHAYAT (Elisabeth) — Thèse 1939. Contrib. au diag. et au trit. non opératoire des sténoses et obturations organiques de trompes.

MOCQUOT (Pr. Pierre). — La bacillose génitale chez la femme. (*J. des Prat.*, 1927).

MOCQUOT et PALMER. — Ex. de Labo. ds le diag. étiol. des leucorrhées. (*J. de Méd. et Chir. Prat.*, 1939).

MORICARD. — Diag. Cyto-horm. de Sté. (*Revue Fse de Gyn.*, 1936).

PALMER et Mlle DEVILLERS. — Cycle ovarien et courbes thermiques. (*Sté Fse de Gyn.*, 1939).

ROQUEFEUIL. — Tub. primitive du cps de l'ut. (*Thèse Montpellier*, 1935-36).

RENWA. — Vit. de Sedimenta. glob. en Gyn. (*Soc. Gyn. et Obst.* Paris, Juin 1938).

SCHOCKAERT et FERIN. — La tub. de l'endomètre. Son diag. par la curette de Nobak.

TISON et DAZIN. — La tub. prim. de l'Ut. (*Arch. fr. belges*, 1935-36).

VARANGOT. — La biopsie fonct. de l'endomètre. Techn. et appl. prat. (*Bull. Méd.*, 1938).

---

---

---

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S.

---

---



